

DU TRAITEMENT N^o 8
DES KYSTES
HYDATIQUES

NON SUPPURÉS DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1907

PAR

Hector DÉLÉMONTEY

Né à Alger, le 5 janvier 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

—
1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie ..	RODET.
Médecine légale et toxicologique.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	N...
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRE.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, secrétaire.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, président.	MM. JEANBRAU, agrégé.
BOSC, professeur.	SOUBEIRAN, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A M^e ROMAIN DIVISIA

MEIS ET AMICIS

H. DÉLÉMONTEY.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER ET DE L'HÔPITAL
CIVIL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

H. DÉLÉMONTEY.

INTRODUCTION

La fréquence des kystes hydatiques en Algérie nous a orienté vers l'étude d'une affection qui a de tout temps passionné la plupart des chirurgiens et leur a fait préconiser tel ou tel traitement.

Profitant d'heureuses tentatives de nos Maîtres, nous avons voulu, par ce modeste travail, apporter dans la mesure de nos faibles moyens notre part de labeur dans la grande étude qu'est celle des kystes hydatiques. Nous avons laissé de côté et à dessein le traitement des kystes suppurés, ces derniers n'offrant rien de bien intéressant puisque le traitement est toujours le même : la marsupialisation.

Les kystes non suppurés sont au contraire justiciables d'une foule de traitements dont les principaux sont :

- 1° La ponction simple ou suivie d'injection ;*
- 2° La marsupialisation, plaie opératoire d'abord aseptique dont on ne bénéficie pas et qui ne tarde pas dans la suite à s'infecter ;*
- 3° Le Bobroff (sérum artificiel dans le kyste et fermeture) ;*
- 4° Le Delbet (capitonnage) ;*
- 5° Le Quénu Dèvé (formolisation).*

Notre but a été d'étudier les méthodes nouvelles et de les

comparer afin de nous prononcer en faveur de celle que nous avons jugée être la meilleure. Nous donnerons quelques observations que nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs Forge, Curtillet, Vincent, Goinard, E. Cabanes.

Nous devons tout particulièrement à notre chef de service le docteur Sabadini, à M. le docteur E. Cabanes et à M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale, le soin de nous avoir inspiré ce sujet et d'avoir facilité notre tâche par leurs doctes conseils ; qu'ils reçoivent ici tout le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Que MM. les professeurs Braull, Cange, Goinard, Vincent, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, soient assurés de notre respectueux souvenir.

Dans cet élan de gratitude, nous n'oublierons pas non plus nos Maîtres des Écoles, MM. les professeurs Curtillet, Moreau, Rey, Soulié, les regrettés professeurs H. Blaise et A. Cochez, nos Maîtres de l'Hôpital les docteurs Battarel, Denis, Gillot, Reynaud, Saliège, et enfin tous ceux qui ont bien voulu nous aider dans nos débuts et nous honorer de leur sollicitude.

Avant de terminer, nous ne manquerons pas de témoigner à nos anciens camarades de garde, les docteurs Gardon, Tardres, De Mouzon, Déchaux, l'assurance de notre inaltérable amitié.

DU TRAITEMENT
DES
KYSTES HYDATIQUES
NON SUPPURÉS DU FOIE

HISTORIQUE

Sans nous étendre sur le nombre et la variété des méthodes qui ont été préconisées jusqu'ici en ce qui concerne les opérations des kystes hydatiques, nous nous bornerons, pour être complet, à ne citer que les méthodes les plus connues et les plus méritoires.

Il est bon cependant de classer ces différentes interventions d'après l'époque même où elles ont été utilisées. Deux grandes divisions s'imposent donc qui comprennent :

CHAPITRE I. — La période préantiseptique.

CHAPITRE II. — La période antiseptique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Période préantiseptique

Les différents traitements qui ont caractérisé cette période relèvent plutôt de la médecine que de la chirurgie ; aussi ne ferons-nous que les citer brièvement.

Tout d'abord c'est un essai thérapeutique qui ne présente aucune valeur : administration par médication interne de calomel, d'iodure de potassium et d'une foule d'autres médicaments. Viennent ensuite la ponction simple, sur laquelle nous reviendrons du reste, l'acupuncture de Jobert et l'électropuncture. Cette dernière méthode a été surtout préconisée en Angleterre par Hilton Fagge et Thorarensen.

Connue aussi sous le nom de « procédé de l'électrolyse », elle consiste à enfoncer dans la poche kystique des aiguilles métalliques et par leur intermédiaire à faire passer un courant électrique dans la tumeur. Si nous en croyons la statistique de Neisser, ce procédé ne serait pas sans inconvénients, la mortalité atteignant 33 0/0. Les principaux griefs, que l'on reproche à l'électrolyse sont ceux : 1° d'amener la suppuration ; 2° de déterminer des douleurs vives ; 3° de présenter des résultats incertains.

Plus tard, les praticiens s'attaquent plus directement au kyste et leur procédé consiste à faire adhérer celui-ci aux parois abdominales.

a) Par des *caustiques* (procédé de Récamier) ;

b) Par *double ponction*, le trocart étant laissé dans la plaie (procédé de Boinet, modifié dans la suite par Simon, Verneuil).

Enfin, à Volkmann revient l'honneur d'inciser pour la première fois le kyste, ce qui constitue un progrès considérable sur les procédés déjà employés. C'est là une période de transition qui est l'acheminement vers l'*ouverture chirurgicale*.

Dans ce procédé, la paroi abdominale est incisée largement et franchement au-dessus du kyste, jusqu'au péritoine pariétal. Le viscère mis à nu on attend la formation d'adhérences entre ce dernier et les lèvres de la plaie ; les adhérences formées, dans un second temps opératoire on incise le kyste.

Peu de temps après, Lindemann et Landau réduisent ce procédé à un seul temps : le kyste est immédiatement ouvert et ses deux lèvres sont aussitôt suturées aux lèvres de la paroi abdominale.

En somme, ces dernières méthodes, fondées sur la marsupialisation, sont analogues à celle que créa en France Récamier ; les résultats qu'elles ont donnés sont des plus médiocres. Lenteur dans la guérison, fistules interminables, éventrations consécutives, tels sont les inconvénients qui ont porté un moment les chirurgiens à recourir de nouveau à la ponction.

CHAPITRE II

Période antiseptique

Dans la période précédente, nous assistions à de timides interventions qui ne sortaient guère du domaine médical et que l'opération était sans contredit plus grave que l'affection.

Ici l'*asepsie*, l'*antisepsie* marquent l'avènement de la chirurgie abdominale. Sous le courant de ces deux principes deux méthodes opposées se disputent la palme, ce sont :

A. — *La ponction thérapeutique.*

B. — *Le traitement chirurgical.*

A. — Ponction thérapeutique

a) *La ponction évacuatrice simple* se propose de guérir le kyste en le privant de son liquide, « la ponction prive le parasite de son liquide nourricier. » Elle se fait au moyen du fin trocart de l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain. La technique en est simple : Les mains de l'opérateur ainsi que la région à ponctionner ayant été au préa-

lable désinfectées, on enfonce franchement son trocart stérilisé dans la partie centrale du kyste et on pratique lentement l'aspiration. Après évacuation du liquide, le trocart est retiré et la plaie insignifiante qu'il détermine est recouverte d'un peu de collodion.

Quelques précautions dans la suite doivent être prises : celles d'immobiliser le malade, de comprimer la région opérée au moyen d'un bandage de corps, d'observer pendant un jour une diète absolue. Pour mieux éviter des accidents péritonéaux on peut encore préconiser l'application d'une poche de glace sur la région hépatique.

Préconisée au début par le professeur Dieulafoy, cette méthode est d'après lui « la simplification la plus complète des manœuvres opératoires, une piqûre d'aiguille dont toute trace disparaît après la ponction. » Pour M. Ed. Labbé, au contraire, « la ponction simple, malgré l'innocuité de l'opération elle-même, est la méthode de traitement *la plus dangereuse*. » Elle amène souvent par sa répétition la suppuration du kyste avec ses conséquences graves tant au point de vue thoracique qu'abdominal. La statistique nous accuse de plus une mortalité de 15 % (1).

b) *La ponction suivie d'injection* a été pratiquée au début par Baccelli qui en dicte les règles. La paroi abdominale étant désinfectée, le kyste est ponctionné au moyen d'une aiguille de Tuffier : après vérification du liquide enlevé, une deuxième injection est poussée renfermant 2 cc. de sublimé.

« Dans le cas de kystes univésiculaires à contenu stérile, dit Pirrone, la méthode de Baccelli est *idéale* et elle peut être pratiquée par tout médecin qui dispose d'une seringue expiratrice. »

(1) Rendu, Dict. encyclop. des sciences médicales.

En France, cette pratique a eu ses imitateurs, Debove, Chaput ; ce dernier relate 6 cas dans lesquels la guérison a été obtenue sans récidive ni suites fâcheuses ; elle diffère de la méthode italienne par la nature de l'antiseptique.

Technique. — L'outillage nécessaire est simple : une seringue de Pravaz, des aiguilles de Tuffier et une solution de formol. La paroi abdominale étant préalablement désinfectée, au moyen de la seringue montée de son aiguille, le kyste est ponctionné dans sa partie centrale et l'on retire 2 cc. de liquide afin de distendre un peu la poche. Le contenu de cette seringue est remplacé par la même quantité de formol pur qui est injecté à nouveau dans le kyste. Faite durant une laparotomie, cette technique subit une légère modification sur laquelle nous n'insisterons pas.

Malgré la simplicité de la méthode nous ne dirons pas avec Debove « qu'elle *n'expose le malade à aucun danger si elle est faite avec toutes les précautions voulues*, et qu'elle paraît très préférable à la laparotomie préconisée par les chirurgiens. »

Certains, comme Segond, sans l'adopter entièrement en restreignent les indications. D'après cet auteur on doit commencer par essayer le traitement médical par ponction aspiratrice..... Si cette première tentative échoue, on peut à la rigueur la renouveler une fois ou deux, s'il n'existe aucune menace de complication suppurative ; mais en cas d'échec on se gardera de persévérer dans cette voie, et sans retard on aura recours au traitement chirurgical. »

Puisque les uns et les autres reconnaissent à cette méthode deux grandes contre-indications, la *suppuration du kyste* et sa *multiplicité*, les conditions dans lesquelles on doit l'appliquer nous laissent bien perplexes.

Baccelli les énumère ainsi :

1° Kyste à liquide stérile.

2° Kyste univésiculaire.

3° Enveloppe périkystique mince et souple.

Comment prévoir de telles conditions quand on sait que la ponction peut rester « blanche » ?

Pourrons-nous éviter les *accidents* imputables à la seule ponction ? Cette éventualité doit nous en imposer. Malgré toutes les précautions prises en vue de l'asepsie, si le kyste ponctionné est malheureusement suppuré, c'est la péritonite qui attend presque sûrement notre opéré. La suppuration ne s'accompagne pas toujours dans ces cas-là de symptômes généraux bruyants ; comment donc la prévoir ?

Si selon le cas tant désiré le liquide est clair, notre malade n'est pas encore à l'abri de certains dangers. Au point insignifiant de la piqure peut se faire, favorisée par la tension, une transsudation importante. Le liquide passe du kyste dans la cavité péritonéale et détermine une toxémie qui peut en quelques heures enlever le malade. Les cas de Chauffard et Moissenet à ce sujet sont suffisamment connus pour que nous n'insistions pas ; nous n'ajouterons que celui d'une jeune fille qui succomba à Alger, douze heures après cette ponction fine « de diagnostic ».

Cette toxémie, dont on ne connaît en somme que les suites fâcheuses, serait due à l'infection de l'organisme par certaines ptomaïnes. Elle détermine, selon sa plus ou moins grande abondance, une sorte d'empoisonnement qui se traduit par de la dyspnée, des lipothymies, de l'urticaire, de la fièvre, des vomissements, des selles abondantes, du hoquet, et dans les cas graves un état de collapsus aboutissant à la mort.

La ponction est encore dangereuse parce qu'elle est aveugle. Dans certains cas, malgré l'apparence superficielle du kyste, des anses intestinales ou l'estomac peuvent se trouver interposés entre ce dernier et la paroi ; on conçoit dans ce cas la gravité d'une perforation de l'un d'eux.

Un danger non moindre est celui de perforer un gros vaisseau dans une ponction profonde du foie, tel le cas de Maasland et de Maitland qui eurent à déplorer 3 morts rapides. La ponction presque superficielle peut aussi atteindre un petit vaisseau mésentérique, ce qui n'en détermine pas moins une hémorragie intrapéritonéale mortelle (cas de Broca).

Pour ce qui est des deux autres conditions omises par Baccelli, elles sont presque pratiquement impossibles à vérifier.

Quant au but curateur, il est non moins douteux, en ce qui concerne le procédé Baccelli, diverses expériences ayant montré qu'il ne mettait pas à l'abri d'une suppuration ultérieure. En outre, l'injection de sublimé a déterminé dans certains cas des accidents d'intoxication parfois désastreux (cas de Wilbouchevitch, Frélizet, Kétly).

Seule la méthode de Chaput nous reste à envisager ; si du côté de l'antiseptique nous ne retrouvons pas pareils inconvénients, le danger de la seule ponction n'en est pas moins atténué.

Après les griefs formulés à l'égard de cette méthode en général, nous croyons devoir être plus exclusiviste que Dieulafoy, qui, revenant sur ses idées premières, écrit : *Somme toute, j'ai peu à peu délaissé le traitement du kyste par la ponction aspiratrice et je conseille de recourir à la laparotomie.*

Avec M. Dévé, nous concluons que : *la ponction des kystes du foie, en tant que méthode thérapeutique, doit*

être désormais rejetée dans tous les cas, et définitivement abandonnée : il n'y a pas de traitement médical des kystes hydatiques du foie.

B. — Traitement chirurgical

Dans ces dernières années, où la chirurgie abdominale est devenue presque courante, nous avons assisté à une foule d'interventions délicates qui ont été guidées par une certaine témérité. Les chirurgiens « ne craignent pas d'aller cueillir le kyste et de le *disséquer en plein parenchyme hépatique* » (Vigneron). Ce procédé est connu sous les différents noms « d'énucléation » ou « d'extirpation »; il consiste à libérer le kyste de ses adhérences, à le disséquer dans l'organe qui le contient, à enlever tout d'un seul bloc, poche kystique et membrane adventice comprises. Quand le kyste est enclavé dans quelque gaine musculaire (kyste de la paroi abdominale de l'une de nos observations), rien n'est plus aisé et c'est bien là le traitement de choix.

Mais peut-on en penser autant quand il s'agit d'organes aussi vasculaires que le foie, la rate? Certainement dans ces cas, qui sont du reste les plus courants, ce procédé devient délicat et dangereux. La dissection est des plus laborieuses, car on ne rencontre pas le « plan de clivage » qui facilite de beaucoup l'ablation de certaines tumeurs. L'organe ainsi disséqué et mutilé dans son tissu noble peut être le siège d'une hémorragie mortelle (cas de Mauclair). Dans cette énucléation parfois incomplète, le praticien peut malgré son habileté sectionner quelque canalicule biliaire.

Ce procédé, mis surtout en honneur par Jaboulay et Rollet, présente trop de difficultés pour que nous insistions plus longtemps à son sujet. Pour ce dernier praticien, il constitue « la méthode de choix la plus rationnelle et la plus complète : *elle seule met sûrement à l'abri des récidives.* »

Pour notre part, nous les considérons comme une hépatectomie des plus délicates dont l'insuccès peut résulter du moindre coup de ciseaux malheureux. Que la moindre éraillure se produise du côté du kyste et tout le bénéfice de l'opération est à jamais perdu, car le liquide qui se fera jour par cette fissure infestera la cavité ventrale. Les autres dangers énumérés que nous trouvons du côté de l'organe font que le chirurgien peut se trouver à chaque instant arrêté par l'une de ces deux éventualités : ouvrir le kyste, blesser l'organe.

a) MARSUPIALISATION

Comme nous l'avons vu dans un précédent chapitre à l'ère préantiseptique les praticiens s'en étaient tenus à la marsupialisation.

Le procédé en un seul temps de Lindemann-Landau est encore cher à quelques chirurgiens de notre époque. Nous ne reviendrons pas sur sa technique, et qu'il nous suffise de citer ses inconvénients pour le condamner. A ceux qui objectent pour le maintenir qu'il offre toute la sécurité voulue, nous répondrons que ses avantages sont bien momentanés.

Malgré toutes les précautions prises pour éviter l'infection de la poche, on peut avoir des écoulements de bile, de

sang, phénomènes de rétention qui ont plusieurs fois compromis la guérison. Les injections dans la poche de certains liquides ont déterminé chez certains des accès de suffocations parfois inquiétants. La bourse drainée devient le siège d'un écoulement de bile abondant et de suppurations plus abondantes encore dont la conséquence se manifeste par des fistules prolongées. Ces dernières nécessitent parfois des opérations complémentaires telle que la résection, quand elles ne mènent pas le malade à une cachexie fatale. La durée de la guérison n'a jamais été inférieure à trois mois.

Vegas et Cranwel, de la République Argentine, sont partisans de la marsupialisation, et ils l'ont pratiquée sur une vaste échelle. De leur statistique il ressort que, sur 245 cas traités par eux, ils ont obtenu 231 guérisons, 1 résultat douteux et 10 morts ; la mortalité serait donc de 41,08/100. Si nous consultons la statistique de Routier, en France, nous trouvons 4 morts pour 23 opérés.

Sur 8 malades opérés par Delbet 1 seul guérit bien, 1 est mort de tuberculose pulmonaire 2 mois après l'opération ; 3 malades eurent des fistules d'une durée de 3 mois desquelles ils guérirent, mais ils eurent des éventrations au point précis de l'opération, un autre garda sa fistule 9 mois ; 2 conservèrent leur fistule.

Sans nous lancer dans une statistique complète, si nous ne nous attachons pas à la mortalité qui semble plus fréquente chez les derniers que chez les premiers, nous constatons que cette prétendue guérison est bien lente, souvent incomplète, de mauvaise qualité et laissant souvent une éventration.

b) RÉDUCTION SANS DRAINAGE

La réduction sans drainage n'a pas été seulement le résultat d'un acte téméraire comme certains sembleraient le croire, elle est basée sur quelques faits d'observation. Au cours de la marsupialisation, les chirurgiens ont remarqué que les premiers pansements demeuraient absolument secs. Cette constatation amenait à déduire que l'adventice ne sécrétait rien si elle n'était pas infectée. Les kystes marsupialisés ne suppurant pas tous forcément, il en est, il faut le reconnaître, dont la fistule n'est entretenue que par la résistance, dans leur profondeur, de débris hydatiques qui s'éliminent intacts et transparents.

De là à la fermeture du kyste il n'y avait qu'un pas. Certains la firent au début, mais d'une manière plutôt accidentelle.

MÉTHODE DE BOND. — En janvier 1891, le chirurgien Bond (de Leicester) publia la méthode dont il était réellement l'innovateur.

« Je désire, dit cet auteur, attirer l'attention sur une méthode de traitement des kystes hydatiques vivants, à contenu clair, avec ou sans vésicules filles, consistant dans l'incision et l'évacuation du kyste sans drainage consécutif, ou bien, dans certains cas, avec un drainage temporaire de quelques heures après l'opération. »

Les premières tentatives de Bond ne portèrent pas sur le foie, il les fit sur une série de kystes de la cavité abdominale ; le même sujet par la multiplicité de ses kystes se prêta aux différentes modalités de la technique, et de ses heureux résultats il déduisait ceci : « Je ne vois au-

eune raison pour qu'on ne traite pas de la même manière les kystes du foie et des autres organes, à condition, cela va sans dire, qu'ils ne soient pas suppurés et que l'on pratique sur la paroi des kystes une incision suffisante pour permettre leur exécution complète.» Enfin, le 26 janvier 1895, dans une note qu'il publiait, Bond établissait d'une manière définitive les règles de sa méthode qu'il résumait dans ces mots : « Incision du kyste, évacuation du contenu, réduction de la poche adventice dans la cavité abdominale sans drainage et suture de la périkystique à la paroi abdominale. »

Cette méthode se répandit rapidement ; elle trouva, surtout en Australie, beaucoup de partisans, parmi lesquels Moore, Syme, Russell et Ryan.

Vers la même époque et plus spécialement dans l'année 1895, surgissent des quatre coins du monde des procédés nouveaux, fondés sur la réduction sans drainage. Ces méthodes offrant une grande analogie entre elles, leur paternité a souvent suscité de vives discussions.

MÉTHODE DE POSADAS (de Buenos-Ayres). — Dans la République Argentine où cette question est à l'ordre du jour, étant donné la fréquence de cette affection, nous voyons Posadas pratiquer la réduction sans drainage. Il préconise le frottement de la membrane adventice, voire même sans grattage ; sa méthode est la suivante :

1^o Extirpation de la membrane germinative, précédée de ponction ou non.

2^o Toilette de la poche périkystique.

3^o Suture de la poche périkystique qui est libre et ne conserve aucune connexion avec la paroi abdominale.

4^o Réunion de la plaie opératoire sans drainage (1).

(1) Anales del Circulo Medico Argentine, 1895.

Dans la suite Herrera, Vegas et Cranwel enrichissent cette vaste étude par leurs recherches opiniâtres.

MÉTHODE DE BOBROFF. — Parti de cette, idée d'ailleurs fausse, que la réduction d'une poche vide devait fatalement amener une transsudation séreuse, Bobroff (en Russie) remplit le kyste d'une solution avant de le réduire.

En janvier 1897, il suturait pour la première fois un kyste sans le remplir : il modifia ensuite sa technique et la consigna dans les *Archiv für klinische Chirurgie*. Tout d'abord il employa le procédé de Billroth, lequel consistait à remplir le kyste d'une solution de glycérine iodoformée et à le suturer. Différents accidents d'intoxication lui firent abandonner ce procédé. A cet antiseptique il substitua alors la solution salée physiologique. Cette modification théoriquement conçue avait pour but d'empêcher la bile intracanaliculaire de combler la cavité par un phénomène d'endosmose.

L'observation que nous citons à ce sujet met en relief le plus grand inconvénient que l'on puisse formuler : celui de l'ensemencement possible du champ opératoire. Ce procédé est donc à condamner, parce que, ne stérilisant pas le kyste, il ne met pas à l'abri des récidives.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le professeur Curtillet (Clinique Infantile)

B. S..., âgé de 13 ans, est opéré le 23 avril 1901, d'un kyste hydatrique du foie.

Opération. — On fait une incision longitud. en dehors du droit antér. de l'abdomen, on récline le muscle à gauche et on ouvre le péritoine. Il existe quelques adhérences entre la poche kystique qui se trouve sur la face ant. du foie et le péritoine pariétal. Le kyste

est ouvert après avoir été vidé en partie par une ponction ; il s'écoule environ 500 cc. de liquide clair eau de roche, pas de vésicules filles. La membrane du kyste est ensuite enlevée avec la plus grande facilité. La paroi de la poche ne saignant pas, on injecte environ 80 cc. de sérum artificiel et on ferme par un surjet ; mais la poche étant très mince, très peu résistante et l'aiguille employée trop grosse, il s'écoule des points de sutures un peu du liquide injecté dans la poche, bien que l'on ait fait par-dessus la suture de la poche un second surjet de Lembert. Aussi on n'abandonne pas le surjet dans l'abdomen, on fixe la poche à la paroi abdominale et le surjet est repéré par une pince que l'on laisse à demeure. On place des fils d'attente métalliques.

Pansements. — Le 21 avril, on enlève la pince qui repérait la suture de la poche et on enlève aussi le fil d'attente. On laissera la peau se fermer par seconde intention. Les suites sont normales, la cicatrisation relativement rapide et le 20 mai l'enfant sort du service, sa plaie abdominale presque entièrement fermée.

MÉTHODE DE DELBET. — En France, Pierre Delbet, le 11 février 1896, par un mémoire qu'il déposa à la Faculté de médecine, fait connaître la méthode qui est universellement adoptée et que l'auteur présente sous les trois formes suivantes :

- 1° Réduction sans suture (Réduction poche ouverte).
- 2° Réduction avec suture sans capitonnage.
- 3° Réduction avec capitonnage et suture.

I. — *Réduction sans suture.* — Nous ne nous occupons pour le moment que du premier cas qui est adopté par plusieurs chirurgiens de cette époque et qui soulève différentes discussions. Doit-on suturer la poche avant de la réduire ? Les faits prouvent que l'on ne peut pas ériger ce principe en méthode générale ; une sélection des cas applicables se produit. La conclusion est que la réduction, poche ouverte, n'est applicable que pour les kystes de l'épiploon, de l'intestin, non pour les kystes

volumineux et encore moins pour les kystes d'organes glandulaires. Delbet abandonne alors cette première partie de sa méthode dont le gros danger est celui-ci : « En s'abstenant de créer par la suture de la poche une barrière entre les voies biliaires et le péritoine, le chirurgien s'expose, en effet, entre autres accidents, à déterminer, suivant le cas, un cholépéritoine hydatique post-opératoire (bile aseptique), ou une péritonite biliaire post-opératoire (bile septique). »

Désormais les deux dernières variétés de la méthode de Dalbet seront seules employées et feront l'objet de nombreuses discussions. Le principe sur lequel roulera ce grand débat sera surtout celui de savoir si l'on peut sans drainage réduire la poche kystique suturée. Nous laissons de côté pour un moment cette intéressante question dont nous parlerons plus loin.

II. — *Réduction avec suture.* — Le 13 décembre 1894, Pierre Delbet opérait son premier kyste hydatique par réduction sans drainage et suture en s'appuyant sur cette triple constatation savoir :

1° La membrane germinative des kystes hydatiques se laisse facilement extraire ;

2° La poche adventice restante ne sécrète rien ;

3° Elle se rétracte spontanément.

Cette méthode donne d'assez bons résultats à son auteur ; d'après lui elle n'expose pas le malade sans doute à plus de dangers que la marsupialisation. La réussite, quand elle a lieu, ce qui arrive dans les deux tiers ou trois quarts des cas, permet au malade de guérir vite et avec une cicatrice solide. La réplétion même rapide du kyste n'est pas une indication pour intervenir, car, sans un drainage trop hâtif, la guérison peut s'obtenir à condition toutefois qu'il

n'y ait pas de toxi-infection. Le plus gros inconvénient est ici la réplétion du kyste qui s'établit dans 25 à 30 o/o des cas traités. Sans intervenir totalement on peut encore dans ce dernier cas pratiquer une ponction à la suite de laquelle on observe quelquefois la guérison.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le professeur Curtillet (Clinique Infantile)

S. G..., âgé de 7 ans, est opéré le 27 nov. 1905 d'un kyste hydat. de la face inf. du foie.

Opération. — Incision perpendiculaire au rebord costal, sur le point culminant de la voussure, le long du bord externe du grand droit; incision de sa gaine un peu en dedans. Reclinaison du muscle un peu en dedans et incision de l'aponévrose postérieure et du péritoine sur la même ligne que l'incision antérieure. On touche presque immédiat. à l'adventice qui est repérée. Ponction de la poche au trocart; il s'écoule environ un litre de liquide eau de roche. L'adventice ouverte, la membrane hydatique est arrachée en totalité. Pas de lavage de la poche, pas de capitonnage. Suture en bourse de l'orifice de la poche avec quelques points de Lembert pour enfouir cette suture. Surjet musculaire aponévrotique, pas de drainage, crins.

Suites opératoires : excellentes. Les crins sont enlevés le 12 décembre 1905. Pas de suppuration, réunion par première intention.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le professeur Curtillet (Clinique Infantile)

F. J..., âgée de 4 ans 1/2, est opérée le 3 juin 1903, d'un kyste hydatique du foie.

Opération. — Incision le long du bord externe du muscle droit. Le kyste apparaît immédiatement en contact avec le péritoine.

Ponction au trocârt, suivie d'un écoulement de 3 litres environ de liquide eau de roche. Incision de la poche après avoir garni toute sa jonction avec de la gaze et l'avoir amenée au dehors avec des pinces en cœur. La membrane fertile s'enlève d'une seule pièce très aisément, assèchement de la cavité et ligature en masse par un fil de catgut de tout ce qui peut être saisi de la poche. Cette dernière est attirée au dehors et tout ce qui dépasse la ligature est excisé. Quelques points en surjet et au catgut sont placés par-dessus la ligature pour invaginer les bords de la poche qui est ensuite abandonnée dans le ventre. Surjet au catgut du péritoine et du fascia qui le double, puis suture au fil métallique en un seul plan de la peau et de la couche musculaire.

Pansement : 10 juin 1903. Les jours qui ont suivi l'intervention ont été marqués par une notable élévation de la température qui a oscillé entre 38°5 et 39°5, le 3^e jour purgation. Au pansement, la plaie est désunie et laisse écouler une sérosité louche. Le ventre est souple, il n'y a pas de réaction péritonéale ; cependant le foie est gros et dépasse notablement les fausses côtes, il n'est nulle part douloureux à la pression.

La température étant toujours élevée, on fait sauter les sutures, mais on ne trouve qu'un peu d'adhérence des anses intestinales et de l'épiploon au-dessous de la plaie. Il n'y a pas de pus et tout le pourtour de la région est souple. Par un débridement latéral de plusieurs centimètres, on se porte au dehors où l'hypochondre paraît bomber et l'on tombe alors dans une petite cavité péritonéale enkystée, contenant un liquide louche. Au fond de cette cavité bombe une poche dont on ne peut, au doigt, préciser la nature, et au contact de laquelle on se contente de placer deux drains.

22 juin. — Dans le pansement, on trouve des débris d'hydatides suppurées, alors que toute la poche avait été bien enlevée ; cela montre qu'un nouveau kyste, celui sans doute que l'on sentait bomber au premier pansement, s'est ouvert ; avec des pinces on enlève les débris. En explorant alors la cavité, on sent, très loin derrière le foie, une nouvelle poche tendue que l'on crève et qui laisse échapper une grande quantité de liquide hydatique très clair. La poche, presque aussi grande que celle du premier kyste, est enlevée. Drainage avec un gros drain, allant jusque derrière le foie. Jusqu'à présent, la température s'est maintenue au-dessus de 39°.

Dans les deux observations qui précèdent nous voyons que cette réunion par première intention n'a donné lieu à aucun inconvénient. Dans le deuxième cas le résultat n'a pas été aussi heureux, et il ne pouvait en être autrement vu la multiplicité des kystes.

III. — *Réduction avec capitonnage et suture.* — Dans cette méthode, qu'on ne saurait lui revendiquer, Delbet se propose d'éviter la réplétion du kyste par le capitonnage qu'il considère au début comme essentiel. Ce procédé consiste à rétrécir la poche kystique avant de la réduire dans l'abdomen.

Nous ne saurions en donner une meilleure description que celle de l'auteur lui-même. Comme dans la méthode précédente, la tumeur est étirée au dehors du ventre, elle est incisée largement et vidée ; le péritoine alors est protégé par des compresses de gaze.

« L'étendue de l'incision, dit Delbet, faite à la membrane adventice, est naturellement proportionnelle aux dimensions du kyste. Il se peut qu'elle soit limitée par des adhérences, mais en principe il faut qu'elle soit large, pour permettre le nettoyage de la poche.

» On fait d'abord l'évacuation du liquide et des vésicules filles. Pendant ce temps, les deux lèvres de la poche adventice, incisées, sont éversées hors de la plaie abdominale, et le péritoine ne court aucun risque. Parfois, la vésicule mère se détache au niveau des lèvres de l'incision de la membrane adventice, et on peut enlever cette vésicule mère, avant d'avoir vidé complètement le kyste ; mais souvent, la vésicule mère se déchire, et on l'enlève en plusieurs fois.

» En tous cas, il n'y a jamais eu de difficulté de ce côté, car cette vésicule n'adhère pas à la membrane adventice.

» Quand tout est enlevé, liquide, vésicules filles et mère, il reste une poche formée par la membrane adventice. Je l'assèche soigneusement en frottant les parois avec des éponges stérilisées, mais sans faire de grattage. Il est absolument inutile d'employer aucun liquide antiseptique. Lorsque la poche est asséchée, il ne reste plus qu'à supprimer sa cavité. Pour cela, je la capitonne et je la suture.

» Le capitonnage consiste à accoler les deux parois par des fils de catgut passés dans leur épaisseur ; avec des aiguilles à pédale coudées et très écartées, je passe un gros catgut dans l'une des deux parois. Ce fil rentre et sort par la face interne, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide.

» Il n'est pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable, car la membrane adventice est résistante, quelques millimètres suffisent. En revanche, je m'applique à ce que l'aiguille chemine longuement dans la paroi même, de façon que l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie soient éloignés de 1 cent. 1/2 à 2 centim. et même davantage. Je passe ensuite le même fil de la même façon au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs du fil sont saisis dans des pinces. Il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait alors presque impossible de passer les autres fils.

» Je place ainsi deux, trois ou quatre fils en commençant par les plus profonds ; grâce au long cheminement de chaque fil dans la paroi, on arrive à supprimer la cavité d'un kyste considérable, avec un petit nombre de points. Je ne cherche pas, du reste, à obtenir une suppression totale de la cavité ni à affronter les deux parois opposées dans toute leur étendue. Il importe assez peu qu'il reste par place quelques millimètres entre les deux parois.

» Le capitonnage terminé, je ferme l'incision de la mem-

brane adventice. Un surjet suffit pour cela : si les parois au niveau de l'incision sont assez minces pour se laisser plier, je passe le fil à la manière de Lembert. Si les parois sont rigides, je fais un surjet ordinaire. Les points de Lembert me paraissent préférables en principe.

» Dans mes premières opérations par le capitonnage et la suture, je me suis efforcé de réséquer la plus grande étendue possible de la membrane adventice.

» Puis j'ai vu la rétraction, même des kystes très volumineux, se faire si complètement et si rapidement, que je considère les résections partielles comme absolument inutiles. Si la membrane est très mince au niveau où elle a été incisée, il n'y a certes aucun inconvénient à l'enlever. Mais, pour peu que la paroi soit épaisse, qu'il existe des adhérences gênantes, il faut recourir à la résection partielle de la membrane adventice. Il est absolument inutile de détacher péniblement des adhérences qui sont toujours très vasculaires, de s'exposer, si la paroi est très épaisse, à lier des organes très importants comme cela m'est arrivé pour la vésicule biliaire ; il est absolument inutile de se donner la moindre peine pour faire la résection qui ne hâte pas la guérison d'un jour.

» Le kyste capitonné et suturé, je le réduis dans l'abdomen et je suture la paroi abdominale sans faire le moindre drainage. Le kyste n'étant nullement fixé à la paroi abdominale, il peut se rétracter librement et les organes reprennent leur fonction normale. »

Le capitonnage dont nous venons d'exposer le procédé a soulevé bien des discussions, et nous verrons dans la suite qu'il est totalement inutile : nos observations personnelles en sont une preuve.

Il est d'abord *inutile* parce que, malgré les grandes dimensions du kyste (voir celles que nous relatons plus

loin), l'accolement des parois de la péricystique se produit et rendent désormais inutile ces sutures à étages.

Il est encore dangereux parce qu'il est pratiqué aveuglément. Entre temps le curage de la péricystique a, pour le même motif, donné lieu à de formidables hémorragies. Ici cette membrane vasculaire est percée de part en part et rien ne peut nous garantir contre la piqure d'un gros vaisseau ou d'une anse intestinale adhérente.

Indépendamment de ces deux grands défauts, cette méthode peut être impossible ou du moins difficile en raison de l'étroitesse de la voie d'accès.

Le capitonnage qui s'était au début érigé en méthode générale a vu restreindre ses indications par son propre fondateur. Il n'est surtout applicable qu'à des cas particuliers de kystes peu volumineux faisant saillie à la surface du foie.

CONCLUSION DE LA SUTURE SANS DRAINAGE

Nous avons vu que les procédés précédents, Posada's, Bobroff, Delbet, étaient, malgré leur originalité, fondés sur le principe de la réduction sans drainage. Ce principe doit-il subsister malgré les griefs formulés à l'encontre des procédés ? En un mot l'erreur provient-elle de la méthode ou du principe ? Pour notre part nous ne croyons pas rattacher à ce dernier certains succès. Dans la République Argentine, où les kystes hydatiques font le plus de ravages, la méthode de choix est demeurée celle de la marsupialisation et du drainage.

La suture sans drainage n'a pas convaincu Végas et Cranwel qui, sur 109 cas traités de la sorte, ont obtenu 21

suppurés, qui furent opérés à nouveau et guéris par le drainage, et 6 morts.

La mortalité serait de 5,5 o/o, et les accidents tels que suppuration de 19,26 o/o. Leur statistique concernant la marsupialisation et le drainage est plus rassurante : comme nous l'avons vu plus haut, sur 245 cas traités ces chirurgiens citent 234 guérisons. Si nous devons insister sur le sens de ce dernier mot, nous pourrions sans doute être d'accord avec les opérés. La persistance plus ou moins large d'une fistule intarissable est trop fréquente et trop grave pour être dédaignée. Dans la suture sans drainage cet inconvénient est plutôt un accident qu'une suite normale, et si la suppuration nous ramène malgré nous à la marsupialisation, par contre, lorsqu'elle ne se produit pas, notre opéré guérit plus radicalement.

Dans une statistique plus récente de ces mêmes auteurs, nous trouvons dans 254 cas opérés donnant 243 guérisons, 11 morts : la mortalité dans ce cas tombe à 3,5 o/o.

En France, où cette méthode est toujours en faveur, nous voyons Routier obtenir 1 succès. Quénu sur 18 réunions a 1 mortalité, 11 succès, 1 succès incomplet guéri et 6 insuccès. Delbet sur 30 malades traités atteint 23 guérisons, 6 suppurations, à citer une mort accidentelle.

Pour rejeter cette méthode et montrer que malgré toutes les précautions prises en vue de l'asepsie les kystes suppurent, Herrera, Vegas, Cranwel s'appuient sur ces considérations du docteur Vinas. Ce praticien déduit les conclusions suivantes :

1^o Le liquide kystique peut être aseptique et la membrane périkytique contenir des germes.

2^o Le liquide, quoique clair et couleur cristal de roche, peut contenir des germes pathogènes ;

3^o Le liquide des kystes est un excellent moyen de

culture pour les staphylococcus, streptococcus, colibacillus et bacillus d'Eberth.

Ceci dit, en dépit de toutes les craintes de suppuration, nous croyons que l'on doit encore recourir à la réduction pure et simple, mais en faisant quelques réserves. Trois contre-indications s'imposent : en premier lieu *la suppuration* ; en second lieu *la cholerragie* ; troisièmement *la multiplicité du kyste*. Nous reviendrons plus longuement dans notre prochain chapitre sur ces trois considérations.

CHAPITRE III

Formolisation

Nous avons vu que le principal motif par lequel les chirurgiens argentins avaient abandonné la suture sans drainage, c'était la crainte d'une suppuration. C'est à F. Dévé que revient tout l'honneur d'avoir préconisé le parasiticide sûr qui devait à la fois prévenir l'infection de la poche, puis éloigner toute crainte de récurrence. Ce double but devait être atteint par l'antiseptique si employé dans ces derniers temps : l'aldéhyde formique.

I. — LE FORMOL

Une substance antiseptique agit selon deux manières : 1° par son action microbicide laquelle est antiseptique et immédiate ; 2° par son action stérilisatrice aseptique proprement dite dont le résultat durable est de ne pas permettre à la génération microbienne de se développer.

Ce qui fait donc la valeur de tout antiseptique, c'est d'une part son pouvoir antiseptique dont la puissance tient aux plus ou moins grandes doses à employer pour détruire

les microbes ; d'autre part, son pouvoir bactéricide qui s'évalue par le temps de contact nécessaire pour tuer les germes microbiens et les empêcher ainsi de se reproduire dans la suite.

POUVOIR TOXIQUE DU FORMOL. — Le formol par son pouvoir infertilisant se rangerait donc à côté des meilleurs antiseptiques, et l'on peut établir d'une façon générale que tous les microbes étudiés ne peuvent vivre dans une solution de 0 gr. 05 par litre ; la puissance de l'aldéhyde formique serait donc supérieure à celle du bichlorure.

Des expériences faites jusqu'à ce jour, il résulte que l'aldéhyde formique, au point de vue de la stérilisation du liquide culture, est deux fois supérieur au sublimé.

Les dangers d'intoxication qu'il fait courir à l'opéré sont presque nuls. Il ne s'oppose pas non plus à la réunion par première intention.

Selon M. Bardet, pour ne citer que quelques lignes d'un article paru dans le Bulletin général de thérapeutique, avril 1895 :

« 1° Le formol est un excellent agent microbicide et cette action est au maximum dans l'action du formol à l'état de vapeurs ;

» 2° Le formol a encore été mal étudié au point de vue des applications médicales. »

Il voudrait voir employer plus souvent dans la pratique médicale l'aldéhyde formique qui constitue selon lui « une sorte de sublimé inoffensif ».

Formol en solution. — Le formol est surtout plus aseptique que microbicide, autrement dit son action est puissante et durable pour empêcher le développement d'une culture et elle est plus faible pour arrêter ce dé-

veloppement lorsqu'il a commencé ; dans ce dernier cas, l'action du sublimé est deux fois supérieure.

Formol en vapeur. — Outre un grand pouvoir microbicide, le formol, grâce à ses vapeurs, est un puissant bactéricide, car ces dernières sont facilement absorbées par les tissus organiques.

Elimination. — Le formol s'élimine en nature par les urines, et cette élimination est considérée comme complète au bout de 24 heures.

EXPÉRIMENTATION. — Il résulte, de nombreuses expériences de contrôle faites par Dévé, Quénu et Martin, que le liquide kystique soumis, durant 5 minutes, à l'action d'une solution de formol au 1 o/o, perd son caractère d'échinococcose. La démonstration en est faite en inoculant à des mêmes animaux, tout d'abord le liquide non modifié d'un kyste, puis, dans un autre temps, le liquide kystique soumis à l'action du formol.

Dans le premier cas, les inoculations sont devenues positives, il y a eu développement des germes ; dans l'autre cas, les résultats ont été négatifs et l'on a pu constater, en outre, la fixation *histologique du scolex* (1).

En somme, ce qui fait la supériorité du formol vis-à-vis des divers antiseptiques déjà employés, c'est qu'il n'attaque pas la vitalité des éléments normaux en attaquant celle des éléments pathogènes.

Echinococcose secondaire. — Il est un fait définitivement acquis et que les travaux de Dévé ont mis suffisamment en lumière, à savoir que la dissémination hors de

(1) Martin et Dévé. — Prophylaxie de la récurrence hydatique post-opératoire (*Revue de gynécologie*, sept.-oct. 1904, p. 811).

la poche des éléments hydatiques pouvait amener une récurrence dans un temps plus ou moins long. Ces éléments de contamination se présentent sous deux formes : une forme macroscopique, les vésicules filles ; une forme microscopique, les capsules prolifères et scolex.

Jusqu'à-là les chirurgiens faisaient bien de la prophylaxie en débarrassant le kyste des premiers ; mais ils négligeaient les scolex qui pullulent dans le liquide kystique. Cette négligence était due à leur ignorance, concernant cette cause d'ensemencement. Ces quelques considérations exposées, nous voyons que la tâche de l'opération devient désormais plus délicate.

L'intervention doit être radicale.

Au point de vue prophylactique, les précautions à prendre durant l'opération consisteront à éviter la dissémination des germes, dans le péritoine, la paroi abdominale, le tissu cellulaire sous-cutané, et à détruire ceux qui sont à l'intérieur du kyste.

La récurrence, lorsqu'elle se manifeste, se produit à des époques que l'on ne peut guère bien préciser, si toutefois nous devons tirer une déduction plus ou moins juste de certaines observations ; la récurrence ayant pour point de départ le scolex, terme ultime, se manifesterait très approximativement par le volume d'une noisette à 1 an, d'une noix à 2 ans (1).

Le seul point de départ de la récurrence rend la symptomatologie différente selon que l'on a affaire à un kyste ayant pris naissance dans la profondeur de la cavité abdominale, ou sous la peau dans la plaie opératoire.

Nous devons ajouter cependant que dans la plupart des cas la récurrence a lieu dans la cicatrice opératoire.

(1) Dévé. — Des récurrences hydatiques post-opératoires, p. 62.

Ce caractère de fréquence dans ce mode simple et particulier nous dédommage un peu de l'inefficacité du traitement antérieur ; car nous ne pouvons regarder d'un œil aussi indifférent une récurrence ayant lieu dans le cerveau. Dans ce dernier cas, il n'est pas douteux que le pronostic soit des plus sévères.

Récurrence et son traitement. — « Le traitement curatif de la récurrence hydatique devra réaliser l'ablation intégrale des nouvelles formations parasitaires. Ainsi, dans les cas de récurrences superficielles, l'intervention deviendra délicate et parfois très ardue dans les récurrences profondes. On conçoit, sans qu'il soit besoin d'y insister, toute la gravité qu'elle prendra au niveau de certains organes « nobles » comme le cerveau (1). »

Pour ce qui est des récurrences les plus communes et, comme nous l'avons exposé précédemment, les plus simples, attendu que ces dernières sont superficielles, l'intervention de choix sera celle qui consiste à enlever le kyste comme une simple tumeur. Dans ce cas, la délicatesse de l'opération consistera dans le seul fait de ne pas ouvrir la poche kystique. Cette méthode, quoique n'étant pas une contre-indication de celle du formol, comme lorsqu'il s'agit du cerveau ou du tissu pulmonaire, est préférable, en ce sens que, réussie, elle offre les garanties les plus complètes pour la récurrence.

TECHNIQUE DE DÉVÉ

Maintenant que nous savons quel est le parasiticide sur qui stérilise un kyste, nous allons étudier la façon de

(1) Dévé. — Des récurrences hydatiques post-opérat., p. 84.

réaliser cette stérilisation. Si nous devons à Dévé l'honneur d'avoir préconisé la formolisation, nous devons par contre à Quénu le soin de l'avoir appliquée par un moyen des plus simples. Nous nous ferons toutefois un devoir de citer tout d'abord la méthode de Dévé.

Technique. — La manœuvre est la suivante: « Le kyste étant à nu sous le doigt du chirurgien, on pratique la ponction aspiratrice lente avec l'appareil de Potain (trocart de moyen calibre), sans faire de pression sur le kyste. Le liquide cessant de couler dans le flacon aspirateur, on ferme le robinet de l'appareil afin de maintenir le vide dans la poche. Ayant confié à son aide le trocart (qui doit être maintenu très immobile, pour ne pas agrandir l'orifice de ponction fait dans la membrane parasitaire fragile), l'opérateur incise délicatement à la pointe du bistouri l'enveloppe péricystique au niveau du point où pénètre le trocart, en s'aidant au besoin de deux pinces à forcipressure; il a soin de ne pas entamer la membrane mère. Dès qu'il a fait une brèche de 2 cent., il aperçoit la poche parasitaire blanche, flasque, s'étant spontanément décollée de l'enveloppe péricystique et ayant été aspirée avec un ballon de caoutchouc autour du trocart. Il peut ainsi, sans danger, agrandir largement aux ciseaux l'ouverture de la poche fibreuse. Dès lors, il lui est facile d'enlever la vésicule affaissée. Pour ce faire, aucun instrument, aucune pince ne vaut la pulpe souple des doigts, lesquels, tirant doucement sur la « membrane » parasitaire élastique, pratiquent une véritable délivrance hydatique, amèneront la poche au dehors, intacte, d'une pièce, le trocart encore en place, sans qu'une goutte de liquide hydatique, sans qu'un seul scolex par conséquent, soient tombés hors de la vésicule mère. »

Le procédé opératoire tel qu'il vient d'être décrit serait aussi efficace que rapide s'il ne fallait pas compter avec certains accidents, tels que déchirure facile par amincissement de la membrane péri-kystique, déviation du trocart, éruption subite du liquide sous l'effort des brusques mouvements expiratoires. Le chirurgien, malgré toute son habileté, ne saurait donc perdre de vue toutes ces causes qui peuvent inopinément compromettre le succès final.

N'ayant pas la certitude d'enlever toutes les fois d'un seul coup cette poche kystique et tous les germes qu'elle renferme, afin d'éloigner toute récurrence, force lui est donc de modifier la technique précédente.

A titre prophylactique, un second temps opératoire est nécessaire, lequel aura pour but de « tuer tous les germes échinococciques dans le kyste, par une injection tœnicide faite avant l'ouverture large de la poche (1). »

« Le kyste (2) étant à nu sous le doigt du chirurgien, et les tissus voisins préalablement protégés, bien entendu avant toute ponction ou ouverture, pratiquer avec l'appareil de Potain ou celui de Dieulafoy, ou avec un simple siphon dans le genre de celui de Dugué, le trocart restant en place : 1° ponction évacuatrice du kyste ; 2° *l'injection dans sa cavité d'une quantité variable de liquide tœnicide* (de sublimé, de formol ou de tout autre parasiticide, dont les expériences ultérieures établiront la valeur), liquide qu'on laisserait en contact avec le kyste pendant une, ou deux, ou trois minutes ; 3° *évacuation du liquide parasiticide injecté*. Un lavage complémentaire de la poche avec une solution physiologique pourrait être fait pour enlever le liquide restant au fond de la cavité.

(1) Dévé. — Société de Biologie, séance 2 février 1901.

(2) Dévé. — Revue de chirurgie.

Ce dernier temps ne serait du reste pas nécessaire, puisqu'on ouvre ensuite largement la poche et qu'on l'évacue complètement. Naturellement l'intervention sera poursuivie et terminée comme à l'habitude. »

Walther croit devoir apporter toutefois une légère modification à ce procédé. Comme elle nous paraît suffisamment justifiée, nous nous permettrons de la citer en passant. Il n'est pas aisé parfois d'empêcher la sortie du liquide hydatique après ponction quand le kyste est superficiel et à parois friables.

Pour remédier à cet inconvénient, Walther propose de stériliser le liquide qui vient sourdre autour du trocart en entourant ce dernier d'une compresse imbibée de formol.

Toute la technique ici exposée ne peut s'appliquer qu'à un cas particulier et fort heureusement le plus courant. Ne seront donc traités ainsi, et avec succès, que les kystes non suppurés et uniloculaires.

Pour ce qui est des kystes à forme complexe, nous ne pouvons être que très réservé sur ce mode de traitement et sur son résultat, le liquide bactéricide agissant mal sur toutes les vésicules. On sera prévenu de cette dernière disposition du kyste, en présence d'une ponction ne permettant pas de vider complètement la tumeur.

Le curage à la main pourra encore être suivi, soit d'un lavage, malgré tous les inconvénients imputables à ce dernier, soit d'un tamponnement de la surface adventice avec une solution forte de formol ou de chlorure de zinc.

Dans de telles conditions, le mieux est :

- 1° De formoliser dix minutes ;
- 2° De bien garnir le champ opératoire ;
- 3° De mettre le malade sur le côté ;

4^o De vider le kyste largement à pleine ouverture pour n'y pas laisser de vésicules.

MÉTHODE DE QUÉNU

Technique. — On incise la tuméfaction hydatique en son point le plus saillant, en limitant à 4 ou 5 cent. la boutonnière musculo-aponévrotique ; le kyste étant découvert, on le ponctionne et on l'injecte de formol suivant le procédé que nous indiquerons plus loin.

Le kyste ouvert est attiré au dehors ainsi que les deux lèvres de l'ouverture ; on extrait la membrane fertile. A l'aide de fragments de gaze stérilisée portés au bout d'une pince, les petites vésicules filles sont enlevées. Le kyste est ensuite suturé contre la paroi en cas d'accident.

Lorsque l'incision est latérale, il est préférable d'écarter les fibres musculaires plutôt que de les sectionner.

En ce qui concerne la formolisation, ce temps opératoire complémentaire est le suivant : « Ponction au petit trocart de Potain ; les aiguilles risquant de blesser et déchirer la membrane fertile au moment où elle se plisse et revient sur elle-même de par l'évacuation, nous avons choisi le petit trocart de l'appareil de Potain, mais débarrassé de tout ajustage.

» Sur la canule du trocart on adapte un tuyau de caoutchouc bien maintenu par un fil un peu serré, puis à une petite distance on perce obliquement le tuyau de caoutchouc avec la lame du trocart que l'on a conduite ensuite dans sa gaine. De la sorte, il suffit après ponction de retirer la lame entièrement ; le petit trou fait dans le tuyau de caoutchouc s'efface par l'élasticité de celui-ci et le liquide coule au dehors, sans qu'on ait besoin de faire

aucune aspiration, A l'autre extrémité du tuyau est adapté un entonnoir en verre, capable de contenir 4 à 500 gram. et gradué. Après la ponction, il suffit qu'un aide qui tenait l'entonnoir l'abaisse, pour recueillir le contenu du kyste et le mesurer approximativement.

» Sans doute, il serait possible d'employer des trocars à ajustages bifurqués ; il nous a paru plus simple d'utiliser un appareil courant dont les diverses parties ne puissent se séparer sous l'influence d'une fausse manœuvre et créer ainsi une cause d'erreur. Contact du liquide formolé à 1 o/o durant 5 minutes. On vide le kyste en abaissant simplement l'entonnoir pour faire siphon.

» Assèchement soigneux avec compresses stérilisées. Sutures normales. »

A la méthode de la grande incision, Quénu a substitué celle de la petite incision. Cette dernière est avantageuse lorsqu'il s'agit de kystes uniloculaires, car elle ne favorise pas l'éventration. Il n'en est toutefois pas de même quand on est en présence d'un kyste multiloculaire. A travers cette minime ouverture il est bien difficile de sonder la cavité kystique et de reconnaître si elle renferme d'autres kystes. Quénu, dans ce cas, prétend que le champ d'action du formol est plus vaste qu'on ne le pense, et qu'il peut même détruire les kystes voisins.

Sans accorder une aussi grande confiance à cet antiseptique, quand il s'agit de kystes multiloculaires et que le diagnostic est douteux, nous croyons cependant ce procédé applicable, à condition toutefois que l'opéré soit soumis à une étroite surveillance dans la suite.

Par l'exposé de ces deux méthodes, nous avons pu voir qu'elles étaient à peu de choses près analogues, et qu'elles ne différaient que par la technique employée. Les

grands avantages qu'elles présentent sur la marsupialisation sont :

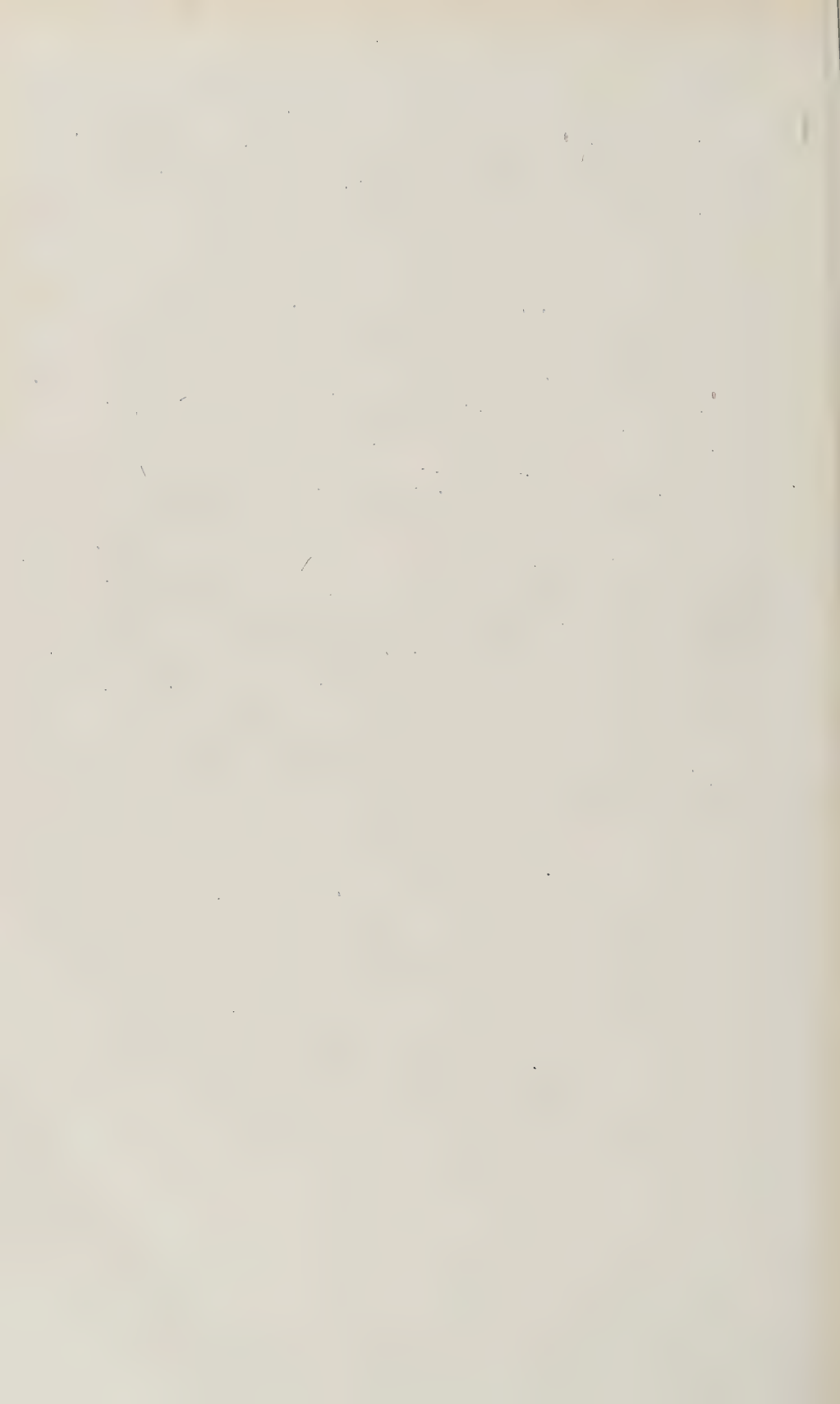
- 1° Celui de la réunion *per primam* de la plaie ;
- 2° Celui d'éviter souvent la suppuration ;
- 3° Celui d'éloigner la récurrence.

Sur les autres méthodes sans drainage elles ont encore la supériorité prophylactique.

D'après Dévé et Cerné, ces poches volumineuses réduites sans drainage seraient fréquemment la cause de cholerragie.

Cette éventualité ne doit pas nous faire abandonner les bons côtés de ces deux méthodes. Lorsqu'il y aura menace de cholerragie, on préviendra cet accident par la présence d'un drain non loin du kyste, bien que la suture complète de ce dernier soit effectuée. Si le kyste renferme de la bile, on l'évacuera prudemment par le drainage ou la ponction.

Nous présentons dans la suite un certain nombre d'observations où nous n'avons pas eu à compter avec cette complication.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle. — M. Délémontey, interne du service)

Cure radicale. — Kyste hydatique volumineux du foie, opéré par MM. les docteurs Sabadini et Cabanes.

Mlle L. M., âgée de 22 ans, entre dans le service de M. Sabadini, le 11 juin 1906, pour y être opérée d'un volumineux kyste du foie de la face antéro-supérieure. Ce kyste détermine une voussure très notable de la paroi thoracique antérieure, en bosse de polichinelle, et refoule les poumons et le cœur, causant une dyspnée marquée sans effort.

La peau des régions costale et mammaire droite présente un réseau veineux très développé de circulation complémentaire (Tête de méduse).

Opération. — Anesthésie au chloroforme. M. Cabanes fait une incision de 12 centim. parallèle aux fausses côtes droites et à deux travers de doigts au-dessous, sur le point proéminent de la tumeur. Le péritoine incisé, on tombe sur une tumeur libre, sans adhérences utilisables. La tumeur est isolée dans une couronne de compresses qui ferment la cavité abdominale. Elle est ponctionnée sur une partie blanche non recouverte de tissu hépatique. La ponction est pratiquée avec une aiguille de Potain munie d'un tube de caoutchouc auquel est adapté un entonnoir. L'appareil agissant comme siphon évacue le liquide, mais la pression est telle dans le kyste, et sa capsule est si mince, que ce liquide se déverse autour de l'aiguille en déchirant la membrane hydatique, ce qui amène à modifier la technique opératoire. Une pince en cœur est placée sur la déchirure.

La malade alors est mise sur le côté droit et le liquide s'écoule sous forme d'un véritable jet d'eau par la bouche attirée et maintenue immédiatement hors du lit des compresses.

Lorsque le trop-plein a été évacué, on enlève le reste du liquide. Après avoir injecté dans la cavité au moyen du dispositif de l'entonnoir près d'un litre de solution de formol à 1 o/o, cette solution est laissée environ 5 minutes, puis rejetée par la mise en position latérale de l'opérée. Au moyen de compresses montées sur pinces de Richelot, qui atteignent à peine le fond du kyste, on peut alors se rendre compte de l'étendue de la cavité qui est considérable et qui contenait cinq litres de liquide clair et une grande quantité de vésicules filles. Après changement des compresses et du champ opératoire, on procède à l'enlèvement de la membrane germinative et l'on badigeonne les parois du kyste ainsi que la surface de la plaie, à l'aide de compresses imbibées d'une solution au formol.

Après avis favorable de son maître M. Subadini, M. le Dr Cabanes se décide à terminer l'opération par la fermeture de la poche malgré sa grandeur.

L'occlusion de l'adventice est alors pratiquée au moyen d'une suture en bourse, — enfouissement de cette suture par un surjet qui fixe le péritoine par ses extrémités. Le fil de ce surjet fixe à son tour le kyste à la paroi de façon à ne pas l'abandonner dans la cavité abdominale. Reconstitution du plan musculaire au moyen de points en V au catgut. Agrafes de Michel à la peau. Pansement aseptique à la gaze simple.

Le soir de l'opération, rien d'anormal ; température 37,3 ; le lendemain matin T. 37,5, soir 38,5.

Les jours suivants, la température est normale et la malade ne souffre pas de son intervention. Vingt-cinq jours plus tard, la malade sort de l'hôpital complètement guérie, sans avoir présenté la la moindre suppuration.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Cheylard, interne du service)

Malade opérée d'un kyste volumineux du foie, à la Clinique chirurgicale, par M. le docteur Cabanes.

Opération. — L. V., âgée de 41 ans, grosse de 3 mois, est soumise à l'éthérisation. Incision de 10 centim. au-dessous de l'appendice xyphoïde, sur la ligne médiane. On arrive sur le foie qui est distendu par une poche volumineuse qu'on évacue avec l'aspirateur de Potain; elle contient un liquide absolument clair mais très abondant : cinq litres. Pour achever de vider ce kyste, on agrandit l'orifice de la ponction, on y glisse un entonnoir stérilisé large et à long col, de telle sorte que le liquide hydatique jaillissant à distance, le champ opératoire n'en reçoit même pas une gouttelette. On a mis au préalable la malade sur le côté; puis, le kyste vidé, on la replace sur le dos. La poche kystique est ensuite stérilisée avec une solution de de formol à 2 o/o pendant 8 minutes qu'on évacue comme plus haut.

Le péritoine étant toujours protégé par de nombreuses compresses, on extrait la membrane germinative. On referme le kyste par un premier surjet, et cette première suture est enfouie au moyen d'un second surjet dont on fixe les chefs à la paroi. Suture de cette dernière au catgut. Suture de la plaie avec les agrafes métalliques.

Pansement : Pas de suppuration. La malade sort guérie 20 jours plus tard; elle a depuis accouché sans incident.

OBSERVATION III

(Personnelle. — M. Délémontey, int. du service)

Kyste hydatique du foie (face inférieure), opéré par M. le prof. Goinard

Mme T. P..., âgée de 30 ans, entre le 10 octobre 1906, salle Lisfranc, pour y être opérée.

A. H. — Père bien portant, mère âgée de 56 ans, atteinte d'hémiplégie, deux frères en bonne santé,

A. P. — Femme bien portante en apparence, qui prétend n'avoir souffert d'aucune affection.

Actuellement, on sent à la palpation une tumeur consistante, volumineuse, débordant les fausses côtes et faisant corps avec le côté droit du foie. L'état général est bon et il n'y a pas de fièvre.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision médiane de 13 cm. au-dessous de l'appendice xyphoïde; le muscle droit est réclivé à gauche et le péritoine est ouvert. On constate quelques adhérences

entre la poche kystique qui se trouve sur la face ant. du foie et le péritoine pariétal. Le kyste est vidé en partie par une ponction. Il s'écoule environ près de 3 litres de liquide clair eau de roche, sans vésicules filles; aucune pression n'est exercée sur le kyste, pour en vider le contenu.

Le trocart n'étant pas enlevé, à ce dernier est adapté un tube en caoutchouc muni d'un entonnoir; au moyen de ce dispositif, près de 2 litres d'une solution au formol à 2/100 sont introduits dans le kyste. Durant 2 minutes cet antiseptique est laissé en contact avec la cavité, puis on l'évacue en renversant l'entonnoir, le tube jouant alors le rôle de siphon.

Ce temps opératoire achevé, l'enveloppe périkyistique entourée au préalable d'un lit de compresses est saisie au niveau de la ponction par deux pinces à forcipressure, et l'incision du trocart est agrandie de deux bons centimètres au moyen d'une pince en cœur, la membrane mère qui est déjà détachée de la périkyistique est saisie et extraite facilement.

La paroi de la poche ne saignant pas, on procède à la fermeture du kyste. Tout d'abord surjet au catgut, lequel n'est pas abandonné dans l'abdomen mais fixé à la paroi; second surjet de Lembert pour le péritoine pariétal et suture de la paroi abdominale aux tendons de renne. Agrafes de Michel pour les téguments.

Pansements: Durant les six premiers jours qui ont précédé le premier pansement, la malade n'a rien présenté de bien anormal, sauf un état d'énervement et de constriction, la température et le pouls sont normaux.

Au premier pansement, on constate une légère inflammation autour des agrafes, quelques-unes sont alors enlevées.

Aux pansements suivants, la suppuration est établie, mais elle n'est que superficielle et n'intéresse que les tissus cellulo-graisseux sous-cutanés. Les points de suture du milieu de la plaie ayant tenu, un drain est placé en séton à chaque extrémité de la cicatrice et ne tarde pas à tarir cette suppuration. Le kyste n'ayant pas été intéressé par cette suppuration, la malade ne tarde pas à se rétablir et sort complètement guérie 25 jours après son opération.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Cheylard, int. du service)

Kystes hydatiques du foie. — Cure radicale et marsupialisation. — Malade opérée par M. le professeur Vincent (Clinique chirurgicale).

C. C..., 18 ans, habitant Mustapha, entre salle Bichat, le 21 juin 1906, pour une tumeur de la région hépatique datant de plusieurs mois.

Opération. — On fait une incision verticale longue de 7 centim. environ à quatre travers de doigts en dehors de la ligne médiane; la paroi abdominale incisée, le foie est mis à nu et se présente distendu. Dans la profondeur de la cavité abdominale on sent une tumeur fluctuante au toucher, laquelle n'est autre qu'un kyste de la face postérieure. Attiré au dehors, ce kyste est ponctionné et vidé de son contenu à l'aide d'un trocart, relié par un tube de caoutchouc à un entonnoir. Le liquide kystique enlevé est remplacé par une quantité presque égale de solution au formol à 2 o/o, au moyen du même dispositif; cet antiseptique est laissé en contact cinq minutes, puis est rejeté. La cavité kystique est obturée au moyen d'une suture en V ainsi pratiquée dans la membrane adventice. Avant ce temps opératoire, la membrane germinative a été extraite.

Ce premier kyste opéré, le foie présente encore un volume anormal et fait saillie vers la ligne médiane. Une nouvelle incision de 7 à 8 cm. est faite à ce niveau et met à découvert un second kyste.

De nouveau ce dernier est ponctionné, mais le liquide qui s'en écoule étant louche, après lavage au formol de la cavité et ablation de la vésicule mère et de quelques vésicules filles, la marsupialisation est pratiquée, ainsi que le drainage.

Pansement.

Quinze jours après l'opération, on constate la guérison complète du premier kyste, tandis que le second coule abondamment. Une fistule s'établit et donne, durant près de 3 mois, toujours un peu de liquide purulent.

Dans les premiers jours d'octobre, la malade est prise de malaises,

présente de la fièvre durant 5 à 6 jours, puis elle expulse brusquement par sa fistule de nombreuses hydatides provenant sans doute de la rupture d'un autre kyste.

Depuis amélioration et diminution de l'écoulement.

La malade sort guérie le 5 novembre 1906.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Dr Massabuau, chef de clinique chirurgicale.
Service de M. le professeur Forgue.)

C. R..., âgée de 27 ans, entre salle Dubrueil, lit n° 19, le 1^{er} novembre 1907. Nous ne trouvons rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels. Elle n'a jamais eu d'accouchements ni d'avortements, a toujours été bien portante, jamais de maladie infectieuse.

La maladie actuelle a débuté il y a 3 ans par des douleurs abdominales à débutassez brusque, marqué surtout du côté droit et qui ont obligé la malade à garder le lit. Ces douleurs ne se sont accompagnées ni de vomissements, ni de ballonnement abdominal, ni de constipation plus marquée. Huit jours après le début de cette crise douloureuse la malade s'aperçoit spontanément de la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tuméfaction du volume d'une noix qui va en augmentant progressivement.

A ce moment elle entre pour la première fois à l'hôpital ; on lui propose une intervention qu'elle refuse, et sort quelques jours après.

Depuis cette époque, la malade a continué à vaquer à ses occupations, à exercer sa profession de ménagère, souffrant cependant de temps en temps du côté droit, sans que jamais cette douleur ait suscité le séjour au lit. Il y a un mois environ, la malade a présenté une crise de douleurs abdominales plus vives, crise pour laquelle elle demeure couché pendant cinq jours. Durant cette crise, les douleurs sont nettement marquées du côté droit de l'abdomen, elle a eu quelques nausées, mais pas de vomissements, et une constipation très marquée. C'est à l'occasion de cette crise douloureuse que la malade consulte un médecin qui lui découvre une tumeur dans le flanc droit et lui conseille de se faire opérer.

A l'examen pratiqué à son entrée à l'hôpital, on constate que cette malade présente dans la région de l'hypocondre droit une tumeur très volumineuse nettement délimitable. La limite inférieure de cette tumeur siège à peu près sur une ligne transversale menée à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque ant. et sup.

La limite sup. de la tumeur se confond avec le bord ant. du foie sans qu'il soit aucunement possible de la délimiter d'avec ce bord. A gauche, la tumeur dépasse largement la ligne médiane de presque trois travers de doigts. A droite, elle reste séparée de l'épine iliaque ant. et sup. par un espace de deux travers de doigts environ. La surface de la tumeur est parfaitement lisse et donne la sensation d'une poche nettement délimitable. La tumeur est absolument immobile dans le sens vertical et très peu mobile dans le sens transversal. Cette palpation ne détermine aucun phénomène douloureux. A noter encore que la tumeur ne présente aucun contact lombaire.

A la *percussion*, la tumeur est mate dans toute son étendue et, fait important, on constate qu'il n'existe pas de bande sonore entre la tumeur et le bord ant. du foie.

Par le toucher vaginal, on constate que les culs-de-sac sont parfaitement scuples et on ne peut atteindre d'aucune façon le pôle inf. de la tumeur.

Ajoutons, pour compléter l'examen de cette malade, qu'elle ne présente aucun dégoût pour les matières grasses. Ses fonctions digestives s'effectuent normalement, elle n'a jamais eu d'ictère, mais elle accuse un prurit assez fréquent et qui ne s'est jamais accompagné d'aucune lésion cutanée. Les urines sont normales et on y constate la présence d'urobiline.

En raison de tous ces symptômes, le diagnostic porté est celui de « kyste hydatique du lobe droit du foie, développé au niveau de la face inférieure et du bord antérieur du foie. » Ce diagnostic fut d'ailleurs vérifié par l'intervention. La malade est opérée le 9 nov. 1907, par la méthode de « Quènu-Dévé ».

Opération. — Incision verticale de 7 cm. au niveau de la région occupée par la tumeur en remontant en haut jusqu'au rebord costal.

Le péritoine ouvert, on protège attentivement le champ opératoire par des compresses insinuées entre la paroi kystique et le péritoine. Ponction et évacuation de la poche kystique avec l'appar-

reil Potain, il s'écoule ainsi environ 2 litres d'un liquide séreux, clair; on introduit alors dans la cavité par la même aiguille environ 1 litre et demi d'une solution de formol à 1 p. % qu'on laisse à demeure pendant cinq minutes et qu'on évacue ensuite. Cela fait, la poche kystique est attirée au moyen de deux pinces à griffes placées de part et d'autre à une certaine distance de l'orifice de ponction. A ce niveau, la poche est ouverte aux ciseaux sur une longueur de 7 à 8 centimètres et par cette ouverture, avec les doigts d'abord, au moyen de la curette ensuite, la membrane mère est enlevée par larges lambeaux, la poche est fermée complètement par 2 plans de suture au catgut et suturée dans l'abdomen. Drainage et suture de la paroi.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, le 10 novembre, la température est à 38°5, le pouls à 150, régulier et assez bien frappé, mais depuis la veille la malade présente des vomissements bilieux survenant à tout instant et extrêmement pénibles. Le ventre est un peu douloureux à la pression, on ordonne une application de glace sur l'abdomen, un lavement évacuateur : la malade a une selle abondante à la suite de laquelle les vomissements cessent complètement.

Lundi 11 novembre, les vomissements n'ont pas reparu. Pouls 126 bien frappé; température 38°5 au soir, 38° au matin.

Dans les jours qui suivent, une amélioration considérable se produit et le pouls descend progressivement à 100.

Le 16 novembre, la température restant à 37°7 le pouls est remonté à 130. Quelques vomissements extrêmement pénibles ont apparu de nouveau, la malade tousse et crache abondamment. A l'auscultation on constate un foyer de broncho-pneumonie à la base droite, on ordonne une potion à l'oxyde blanc d'antimoine et l'application de larges cataplasmes sinapisés. La malade est pansée le jour même.

Actuellement, les vomissements ont disparu, la malade tousse et crache toujours, mais le pouls et la température se rapprochent de plus en plus de la normale.

OBSERVATION VI

(Prise dans la pratique privée de M. le professeur Forgue)

Mme L. J..., 36 ans, ménagère.

Depuis 16 mois, cette femme souffre de troubles dyspeptiques : sensation de pesanteur à l'épigastre et dans l'hypocondre droit ; quelques nausées, période d'inappétence, surtout marquée pour les matières grasses. Elle a présenté quelques douleurs irradiées dans l'épaule droite. La constipation est habituelle : les matières sont souvent décolorées, surtout depuis 5 mois. En juillet 1906, elle a présenté de l'ictère qui a duré une quinzaine de jours. La menstruation est irrégulière ; les règles sont plus abondantes qu'autrefois et durent plus longtemps.

C'est depuis le mois d'avril 1907 que, son attention étant attirée par une sensation de pesanteur douloureuse, elle a constaté l'existence d'une tuméfaction profonde dans l'hypocondre droit, tuméfaction à développement progressif, selon l'observation de son médecin traitant.

Nous l'observons en août 1907. L'hypocondre droit est en voussure collatérale, légère, sans développement de la circulation veineuse. La palpation montre une tumeur volumineuse, descendant par son pôle inférieur jusqu'au niveau de la ligne transversale conduite par l'ombilic, et débordant à gauche la ligne médiane de 4 travers de doigts.

Cette tumeur est dure, sans point fluctuant, sans frémissement hydatique ; sa surface est lisse, régulière. En plongeant les doigts sur le rebord costal, on se rend compte que sa masse se continue avec le foie, de même que sa matité se continue, sans interposition de zone sonore, avec la matité hépatique.

La limite inférieure de la tumeur est une surface à contours arrondis ; les doigts ne peuvent pas accrocher un bord tranchant et net.

Mon diagnostic est : kyste hydatique du foie ; c'est aussi celui qu'avait porté le professeur agrégé Gaussel, qui avait vu la malade.

L'opération est pratiquée le 19 août 1907, en présence de Mme la

doctoresse Gaussel. L'opération est conduite selon la technique de Quénu : une incision longitudinale découvre la surface hépatique ; il apparaît que le kyste est profond, car la surface découverte offre les caractères de l'écorce hépatique. Le gros trocart de Potain, muni préalablement d'un caoutchouc et d'un entonnoir de verre, est plongé au centre de la tumeur, la zone découverte ayant été préalablement protégée avec soin par quatre compresses de mousseline, insinuées et tassées entre elles et la paroi abdominale. Je vide le contenu du kyste : 2 litres et demi de liquide clair eau de roche, puis je verse dans la cavité kystique 800 cc. environ d'eau formolée à 1 p. % que je laisse 7 minutes. Un petit incident se produit alors : le trocart est bouché par une membrane de vésicules filles et le liquide formolé ne s'évacue pas par siphonnement. Au-dessous du point de ponction, je plonge un autre trocart de Potain et je vide le kyste par aspiration.

Le liquide une fois évacué, je prends la paroi hépatique détendue avec deux pinces à abaissement, distantes l'une de l'autre de 7 cent., et j'incise au thermocautère. Il me faut traverser une épaisseur de 1 centim. environ de tissu hépatique pour ouvrir la poche. La vésicule mère, revenue sur elle-même, est extraite à travers cette incision minime, qui mesure 7 centim. environ. La seule objection que je fasse à cette incision minima, c'est qu'elle rend un peu plus difficile l'extraction de la membrane mère.

Il est moins facile de l'extraire d'un bloc, comme je le fais lorsque l'incision est assez longue pour introduire la main toute entière. Il est arrivé que cette membrane s'est plusieurs fois rompue sous la traction ; et il m'a fallu avec des pinces à kystes à mors très larges en extraire les fragments. Ceci fait, avec des compresses montées sur pinces et imbibées d'eau formolée à 1 100, on achève le nettoyage de la poche. Les suites ont été remarquablement simples : à part une tachycardie à 108-120 qui a duré 48 heures, nul incident n'est venu troubler ces suites excellentes.

Dix-neuf jours après, la malade sortait guérie de la clinique. Je l'ai revue le 2 novembre en excellent état, ayant repris des forces, ayant engraisé et n'offrant aucune trace de sa tumeur antérieure.

CONCLUSIONS

Sans considérer dans leur détail les observations présentées, nous pouvons rapidement conclure d'après leurs caractères généraux.

Différents points importants se détachent de leur étude :

1° L'intervention a toujours été faite en un seul temps.

2° La cavité kystique, malgré ses grandes dimensions, a toujours été abandonnée avec succès dans la cavité abdominale.

3° La suppuration ne s'est pas produite dans les kystes.

4° Les opérés n'ont manifesté aucun trouble, soit local, soit général, à la suite de ces différentes interventions, et, dans un temps plus ou moins restreint variant entre 20 à 25 jours, ils ont été complètement rétablis.

A notre grand regret, ne pouvant nous hâter de formuler une conclusion en ce qui concerne la récurrence, nous sommes donc obligé de nous tenir aux faits de l'expérimentation. Or les expériences *e vitro* ont prouvé suffisamment le pouvoir bactéricide du formol et ont appris le temps pendant lequel devait agir son action.

Si les expériences sont donc concluantes à ce sujet, en quoi et pourquoi l'expérimentation ne viendrait-elle affirmer ce que nous avançons et corroborer les faits ?

Avec la conviction que cette méthode nous présente toute la sécurité désirable au point de vue prophylactique

et puisqu'elle est en soi très simple, nous ne saurions mieux faire que d'en préconiser l'emploi.

Maintenant il est un fait acquis que tous les chirurgiens acceptent, savoir : le kyste hydatique doit être opéré le plus tôt possible. En dehors de certains cas particuliers, où nous avons affaire à des kystes parenchymateux situés dans la profondeur des tissus et justiciables de l'hépatotomie, la laparotomie médiane est le procédé de choix auquel nous devons le plus fréquemment recourir.

Avec Lucas-Championnière nous répétons volontiers « qu'entre les mains d'un opérateur habitué à la chirurgie abdominale, avec un outillage suffisant, des précautions antiseptiques rigoureuses, l'incision de l'abdomen n'est pas sensiblement plus grave qu'une ponction ; dans certains cas elle le serait moins, il n'y a pas à en douter. »

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 novembre 1907.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
VIGIÉ.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 23 novembre 1907.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOURGUET (Louis). — Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie (Th. Montpellier, 1890).
- BRAINE (Paul). — Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie (Th. Paris, 1886).
- BRUSSET (H.). — Contribution à l'étude du formol (Th. Paris, 1896).
- CHAMPENOIS (L.). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein et à leur traitement (Th. Paris, 1901).
- CHARRIER (Emile). — Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier (Th. Bordeaux, 1888).
- DEMARES. — Traitement des kystes hydatiques du foie (Th. Paris, 1888).
- DÉVÉ (F.). — Revue de chirurgie, 1902.
- Société de biologie, 1903.
 - Des récidives post-opératoires (Extrait de la Revista della Società medica Argentina).
 - Les kystes hydatiques du foie, 1905.
- DUVAL (Gustave). — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques du foie, 1894.
- FORGUE (E.) et RECLUS (P.). — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1892.
- FOSSARD (Alexandre). — Traitement des kystes hydatiques du foie (Th. Bordeaux, 1887).
- LE DENTU. — Recherches expérimentales sur le formol (Congrès de Moscou).
- LESCURE. — Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques (Th. Bordeaux, 1890).
- MINJARD (Louis). — Traitement des kystes hydatiques du foie
• (méthode électrique) (Th. Lyon, 1890).

MIRANDE (Pierre). — Traitement des kystes hydatiques suppurés du foie par les injections de naphтол (T. Bordeaux, 1899).

POTHERAT (Marie-Edmond). — Contribution au diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie (Th. Paris, 1889).

TABAR (Félix). — Contribution à la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du rein, 1901.

TOUSSAINT (Joseph). — Des principaux modes de traitement employés à la cure des kystes hydatiques du foie (Th. Nancy, 1886).

VÉGAS. — Thèse inaugurale (Paris, 1901).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
